FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1932 — N° 101 —

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(*Diplôme d'Etat*)

PRÉSENTÉE PAR

PIERRE MORANCÉ

Né à PETIT-QUÉVILLY (Seine-Inférieure), le 11 mars 1903

De la Chorio-rétinite chez les malades atteints de Kératite interstitielle d'origine syphilitique

Président de Thèse : M. le Professeur TERRIEN

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

—

1932

THÈSE

POUR LE DOCTORAT

EN MÉDECINE

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547506_0083

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1932 — N° —

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(*Diplôme d'Etat*)

PRÉSENTÉE PAR

PIERRE MORANCÉ

Né à PETIT-QUÉVILLY (Seine-Inférieure), le 11 mars 1903

De la Chorio-rétinite chez les malades atteints de Kératite interstitielle d'origine syphilitique

Président de Thèse : M. le Professeur TERRIEN

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE & C^ie^, ÉDITEURS
15, RUE RACINE, 15

—

1932

LE DOYEN. . . . . . M. BALTHAZARD

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale.	GRÉGOIRE.
Physiologie	BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	LENORMANT.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	CARNOT. BEZANÇON. ACHARD. Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	DELBET. CUNÉO. LEJARS. GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE. BRINDEAU. JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose	Léon BERNARD.
Professeur sans chaire	MAUCLAIRE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE	Neurologie et psychiâtrie.
N...	Physiologie.
AUBERTIN	Pathologie médicale.
BÉNARD (Henri)	Pathologie médicale.
SANNIÉ	Chimie biologique.
BROCQ	Pathologie chirurgicale.
BRULÉ	Pathologie médicale.
CADENAT	Pathologie chirurgicale.
CATHALA	Pathologie médicale.
CHABROL	Pathologie médicale.
CHEVALLIER	Pathologie médicale.
Gaudart-d'Allaines	Pathologie chirurgicale.
DOGNON	Physique.
DONZELOT	Pathologie médicale.
ECALLE	Obstétrique.
FEY	Urologie.
GARNIER	Pathologie expérimentale.
GASTINEL	Bactériologie.
GATELIER	Pathologie chirurgicale.
GIROUD	Histologie.
HARVIER	Pathologie médicale.
HOVELACQUE	Anatomie.
HUTINEL	Pathologie médicale.
JOANNON	Hygiène.
LABBÉ (Henri)	Chimie biologique.
LAROCHE (Guy)	Pathologie médicale.

MM.

LEMAITRE	Oto-rhino-laryngologie.
HUGUENIN	Anatomie pathologique.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
LEVY-VALENSI	Neuro-psychiâtrie.
LIAN	Pathologie médicale
HAZARD	Pharmacologie.
MILLOT	Histologie.
MONDOR	Pathologie chirurgicale.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET	Pathologie chirurgicale.
MOURE	Pathologie chirurgicale.
MULON	Histologie.
OBERLING	Anatomie pathologique.
OLIVIER	Anatomie.
PIEDELIÈVRE	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
QUENU	Pathologie chirurgicale.
RICHET	Physiologie.
SEZARY	Dermatologie et syphiligraphie.
VALLERY - RADOT (Pasteur)	Pathologie médicale.
VAUDESCAL	Obstétrique.
VELTER	Ophtalmologie.
VERNE	Histologie.
VIGNES	Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

BUSQUET	Pharmacologie.
GUÉNIOT	Obstétrique.
LEQUEUX	Obstétrique.

MM.

NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.
RETTERER	Histologie.
ZIMMERN	Physique.

LEROUX .... Anatomie pathologique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM.	
ABRAMI	Clinique médicale.	HEITZ-BOYER	Clinique chirurgicale.
CHIRAY	Clinique médicale.	MATHIEU	Clinique chirurgicale.
DEBRÉ	Clinique médicale.	MOCQUOT	Clinique chirurgicale.
DUVOIR	Clinique médicale.	PROUST	Clinique chirurgicale.
FIESSINGER	Clinique médicale.	SCHWARTZ	Clinique obstétricale.
LAIGNEL LAVASTINE	Clinique médicale.	LE LORIER	Clinique obstétricale.
BASSET	Clinique chirurgicale.	LEVY-SOLAL	Clinique obstétricale.
CHEVASSU	Clinique chirurgicale.	METZGER	Clinique obstétricale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
MAUCLAIRE, professeur sans chaire	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	Stomatologie.
CHAILLET-BERT	Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
WEILL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

En gage de ma grande affection.

A MES MAITRES

A M. LE PROFESSEUR LE MONIET
Professeur de Clinique chirurgicale
à l'Ecole de Médecine de Rennes.

A M. LE PROFESSEUR LE DAMANY
Professeur de Clinique médicale
à l'Ecole de Médecine de Rennes.

A M. LE PROFESSEUR BODIN
Professeur de Bactériologie
à l'Ecole de Médecine de Rennes.

In memoriam.

A mon Cousin le Docteur Adolphe MORANCÉ
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris;
Médecin de l'Asile pour Enfants de la Ville de Paris
(Hendaye).

Avec ma plus affectueuse reconnaissance.

A M. le Docteur DIEU
Ancien Interne pr. des Hôpitaux de Paris;
Chirurgien de l'Hôpital du Mans.

Hommage respectueux.

A M. le Docteur CHAILLOUS
Médecin de la Clinique Nationale Ophtalmologique
des Quinze-Vingt.

Qui a bien voulu nous inspirer le sujet de cette thèse.
En hommage respectueux et très reconnaissant.

A M. le Docteur BAILLIART
Médecin de la Clinique Nationale Ophtalmologique
des Quinze-Vingt.

En remerciement de la grande bienveillance qu'il a bien voulu toujours nous témoigner.

A M. le Docteur COUTELA
Ophtalmologiste des Hôpitaux de Paris.

Hommage respectueux et reconnaissant.

A MM. les Docteurs :

Avinier,
Gallouédec,
Grelault,
Le Cam,
Mordret,
Rousseau.

A M. le Professeur TERRIEN
Professeur de Clinique Ophtalmologique
à la Faculté de Médecine de Paris:
Ophtalmologiste de l'Hôtel-Dieu

Qui nous a fait l'honneur de bien vouloir présider notre thèse.

DE LA CHORIO-RÉTINITE CHEZ LES MALADES ATTEINTS DE KÉRATITE INTERSTITIELLE D'ORIGINE SYPHILITIQUE

Certains auteurs ont constaté que la kératite interstitielle d'origine syphilitique accompagnait ou se compliquait d'autres lésions que celles décrites par Hutchinson, c'est-à-dire les malformations dentaires et la surdité.

Parmi ces autres lésions, les plus importantes sont les arthopathies, les lésions osseuses, en particulier du tibia, et la chorio-rétinite; surtout une forme spéciale, la chorio-rétinite disséminée périphérique ou chorio-rétinite antérieure.

En effet, dans de nombreux ouvrages, nous avons trouvé signalé la fréquence de l'association de la kératite interstitielle et de la chorio-rétinite périphérique. Ainsi dans son livre intitulé « La calotte cornéo-sclérale », M. le Pr Terrien déclare : « Ce que nous désignons sous le nom de kératite parenchymateuse, parce que nous en voyons seulement la manifestation cornéenne, est, en réalité, une affection intéressant toujours plus ou moins la cornée, le limbe, l'iris et le corps ciliaire, et on pourrait lui appliquer le terme de segmentite antérieure, proposé par le Pr De Lapersonne pour désigner cette catégorie d'in-

flammation intéressant la totalité du segment antérieur de l'œil.

« Enfin, lorsque la cornée est suffisamment éclaircie pour permettre l'examen du fond de l'œil, la participation du tractus uvéal se traduit à l'ophtalmoscope par des foyers de choroïdite antérieure de nature syphilitique, comme la kératite interstitielle elle-même. De coloration rouge jaunâtre, brunâtre et souvent très fortement pigmentés, ils ont leur siège de prédilection à l'équateur et en avant de celui-ci. »

Dans son traité d'ophtalmologie M. Poulard dit, à propos de la choroïdite disséminée antérieure : « Cette variété n'existe pas à l'état de choroïdite isolée. Elle accompagne certaines cyclites ou irido-cyclites, particulièrement celle qui évolue en même temps que la kératite interstitielle syphilitique.

« Quand la kératite est guérie et que la cornée s'est éclaircie, on peut quelquefois voir à l'ophtalmoscope, des taches de choroïdite occupant la choroïde antérieure au voisinage de la région ciliaire.

« Cette choroïdite ne donne pas de troubles visuels, c'est en la recherchant de parti pris avec l'ophtalmoscope, qu'on en reconnaît l'existence. »

Nous nous proposons de rechercher la fréquence de l'association de la kératite interstitielle et de la choriorétinite chez les nombreux malades atteints de kératite interstitielle que nous avons pu observer dans le service de M. le Dr Chaillous qui a bien voulu nous inspirer le sujet de cette thèse. Nous ferons également une étude clinique de cette chorio-rétinite au point

de vue constatation et aspect des lésions, diagnostic, évolution et influence du traitement.

Dans le titre de cette thèse nous avons employé le terme de chorio-rétinite et non de choroïdite, car dans notre cas particulier il s'agit de lésions de nature syphilitique à peu près certaine. Or, les deux membranes ont des rapports si intimes que l'on conçoit mal une lésion profonde de l'une sans altération de l'autre. D'ailleurs, Panas, dans son traité d'ophtalmologie exprime cette idée ainsi :

« Si on réfléchit aux connexions intimes de la choroïde avec la rétine et à la pénurie des détails histologiques, on comprend qu'il soit difficile de préciser la part qui revient à l'une ou à l'autre de ces membranes. Pour certains auteurs le siège de la phlegmasie serait la choroïde, pour d'autres la rétine. Iwanoff, voulant se tirer d'embarras, a créé des variétés mixtes qu'il a appelées *chorio-rétinites*. Nous pensons que la choroïdite syphilitique appartient à ce dernier type. »

Nous venons de voir que c'est surtout la choroï dite disséminée antérieure qui s'associe à la kératite interstitielle. Pourquoi cette forme plutôt qu'une autre ? C'est ce que l'étude des choroïdites va nous apprendre.

Les choroïdites peuvent se diviser en deux grandes classes :

Les choroïdites diffuses.

Les choroïdites disséminées.

La choroïdite disséminée se différencie nettement de la choroïdite diffuse en ce qu'elle est constituée par des foyers d'inflammation discrets, disséminés sur tout le fond ophtalmoscopique. Ces foyers ont un caractère inflammatoire beaucoup moins prononcé que les choroïdites diffuses : Le principe phlogogène qui les provoque, quelle qu'en soit d'ailleurs la nature, est beaucoup moins virulent, beaucoup moins puissant. Alors même que les boutons choroïditiques apparaissent soudainement, leur développement ultérieur dure toujours très longtemps.

Le nodule inflammatoire vulgaire est petit, microscopique ; il échappe complètement à notre examen ophtalmoscopique. Le tubercule infectieux est plus grand, toujours accessible à l'inspection du fond de l'œil vivant. Ce tubercule mesure depuis un quart de millimètre jusqu'à plusieurs millimètres de diamètre. Agrandi dans l'image ophtalmoscopique, on le

compare avec les dimensions de la papille et on dit qu'il mesure 1/4, 1/3, 1/2 de diamètre papillaire, un ou plusieurs diamètres papillaires. Le plus souvent, le tubercule infectieux n'atteint pas les dimensions de la papille,. Ce tubercule, visible à l'ophtalmoscope, constitue le foyer choroïdique de la choroïdite disséminée: le bouton ou la tache suivant le degré d'évolution où il est arrivé. La forme du foyer de choroïdite est arrondi, circulaire ou ovalaire.

Au début de la choroïdite, les lésions sont constituées par des taches d'un rouge plus clair que le restant du champ rétinien ou de teinte jaune chamois et d'aspect toujours terne. Ni sur les bords, ni au centre de ces taches n'existe à ce moment du pigment noir. Les taches ne sont nettement circonscrites que par le contraste des couleurs. Ces taches sont petites, en général 1/2 ou 1/3 de diamètre papillaire. Il faut les rechercher avec beaucoup de soin. A un examen superficiel elles échappent avec la plus grande facilité quand elles ne sont pas nombreuses. Les petits boutons dermiques sont souvent nombreux, mais comme nous le verrons dans la forme qui nous intéresse, la choroïdite antérieure hérédo-syphilitique des enfants et des adolescents, le nombre des lésions peut être réduit à 2 ou 3.

Les grands boutons (sous-dermiques) sont en général au moins de la grandeur de la papille, ils grossisent encore pendant leur évolution. Leurs coutures s'élargissent régulièrement en s'arrondissant, jamais cependant les différents foyers d'une même éruption

n'arrivent à se toucher et à confluer. Les grandes plaques polycycliques que l'on rencontre beaucoup plus tard témoignent toujours d'une succession d'éruptions.

Après un certain temps d'existence les taches palissent. Insensiblement elles virent vers le jaune clair, puis disparaissent s'ils s'agit de petits foyers ou tournent au blanc pur, s'il s'agit au contraire de boutons plus volumineux. C'est le blanc de la sclérotique que l'on voit par transparence à travers la choroïde décolorée et atrophiée. Ce blanc est d'autant plus pur, plus nacré que la dégénérescence fibreuse de la choroïde est plus complète et la dépigmentation de la membrane vasculaire poussée plus loin, depuis l'épithélium uvéal jusqu'à la lamina-fusca. Une légère teinte bleue indique un commencement d'ectasie de la sclérotique. Cette ectasie révèle qu'il y a soudure de la choroïde et de la sclérotique et probablement aussi soudure de la rétine et de la choroïde.

Pendant le virage de la coloration primitive du bouton, un liseré sombre de pigment noir s'est dessiné autour des taches choroïditiques. Autour des taches atrophiques blanches ce liseré est d'un noir charbonneux.

Au milieu de la tache blanche atrophique se rencontre fréquemment des traînées de pigment analogue à celui du liseré périphérique et de même origine épithéliale. Cette pigmentation supplémentaire survient lorsque, dans un grand bouton choroïditique, se sont formés plusieurs petits centres distincts d'atro-

phie entre lesquels l'épithélium uvéal a pu résister.

L'image définitive de la choroïdite disséminée, guérie ou momentanément stationnaire, est donc tout à fait différente de l'image que donne la maladie en pleine efflorescence.

Nous venons de décrire l'aspect au cours de leur évolution des lésions de choroïdite disséminées :

Cliniquement on distingue trois grandes variétés de choroïdites disséminées :

I). La choroïdite commune ou choroïdite équatoriale en foyers.

II). La choroïdite de Fœrster ou choroïdite polaire postérieure.

III). La choroïdite disséminée antérieure.

Zehender, de Wecker et Venneman estiment que toutes les choroïdites disséminées présentent les mêmes désordres anatomo-pathologiques. Seulement ces *lésions peuvent se localiser différemment.* Les variétés nombreuses de choroïdite disséminées ne diffèrent donc entre elles que par la localisation spéciale de ces lésions anatomiques, d'essence toujours les mêmes. Ce n'est que par la place occupée par ces lésions dans des parties plus ou moins importantes du fond de l'œil, que la distinction entre ces variétés peut acquérir une importance clinique réelle.

Il est constaté que l'emplacement choisi par les premiers foyers inflammatoires dessine de bonne heure les tendances ultérieures de la maladie et décide de la forme qui affectera définitivement la choroïdite. C'est ainsi que l'on peut apprendre à lire

le pronostic de l'affection et, dans certains cas, nous le verrons dans la suite, ses complications, dans l'image ophtalmoscopique du début.

Dans une *inflammation d'origine endogène, c'est autour des vaisseaux* que rayonne le processus pathologique comme autour de sa source. Aussi les foyers choroïditiques règlent leur emplacement d'après les vaisseaux malades dans chaque espèce ou variété de choroïdite disséminée.

C'est à Nagel que nous devons l'idée de classer les choroïdites disséminées d'après la localisation des boutons d'inflammation dans le fond ophtalmoscopique. Longtemps il fut fait opposition à cette division en espèce d'une maladie toujours la même dans sa forme anatomique et demandant un traitement invariable. Aujourd'hui cette classification est admise.

Mais quelle peut être la raison de cette localisation particulière des boutons éruptifs de la choroïde dans les différentes variétés cliniques que nous sommes forcés d'admettre? Est-ce un fait purement accidentel, ou cette localisation répond-elle à une disposition anatomique quelconque? Nous rappelerons ici la *distribution par zone* du sang artériel de la choroïde; il y a la zone postérieure, péri-papillaire, la zone moyenne équatoriale et la *zone antérieure rétrociliaire ou pré-équatoriale*.

C'est dans cette disposition particulière des vaisseaux qu'il faut chercher la cause de la localisation des foyers choroïditiques, leur apparition première dans un point déterminé, toujours le même, et leur

marche dans deux directions opposées vers deux terrains mieux irrigués.

Dans la choroïdite disséminée antérieure, les foyers occupent la zone extrême, antérieure du champ ophtalmoscopique, correspondant à la bande pré-équatoriale ou rétrociliaire de la choroïde. C'est Fuchs qui a donné le nom de choroïdite antérieure à cette forme. Mais, d'après Venneman, il s'agit ici moins d'une choroïdite essentielle, que de l'extension de l'inflammation de l'iris et du corps ciliaire à la zone voisine de la choroïde, *possédant avec l'iris et le corps ciliaire une circulation artérielle commune*. Les branches récurrentes, que fournissent les artères ciliaires antérieures et le grand cercle artériel de l'iris, s'anastomosent dans cette région avec les plus longues des artères ciliaires postérieures courtes.

La choroïdite antérieure complique surtout la kératite interstitielle, l'irido-cyclite, la scléro-choroïdite antérieure et l'episclérite, cette dernière seulement quand elle se complique elle-même de cyclite.

Antonelli a désigné ces taches choroïditiques rétro-ciliaires sous le nom de *stigmates hérédo-syphilitiques minima*... Mais on n'a pu arriver à attribuer à l'hérédo-syphilis la chorio-rétinite antérieure que par sa coïncidence fréquente avec d'autres lésions d'origine hérédo-syphilitique certaine, et parmi ces lésions vient au premier rang la kératite interstielle.

La fréquence de la chorio-rétinite périphérique est plus grande qu'on ne le croit communément, mais il est difficile de voir cette lésion et il faut la rechercher systématiquement et minutieusement si l'on ne veut pas la méconnaître.

Pour pouvoir examiner un œil atteint de chorio-rétinite périphérique, il faut de toute nécessité obtenir une dilatation maximum de la pupille, sans cela on ne peut explorer les parties choroïdiennes antérieures, situées entre l'équateur de l'œil et l'ora serrata.

L'observé doit diriger son regard dans tous les points extrêmes du champ visuel. On doit se reprendre à plusieurs reprises, car ces positions forcées sont souvent très pénibles. Il est bon également que l'observateur soit assis sur un siège plus élevé que celui de l'observé, car cela permet de voir plus aisément la portion inférieure de la rétine, lieu de prédilection de la chorio-rétinite.

On commence par le miroir plan, on juge les changements de coloration; il faut redoubler d'attention si on tombe sur une partie présentant une décoloration pigmentaire exagérée ou une rougeur sombre limitée, phénomène qu'on n'observe pas dans un autre point. Dans ce cas on passera à l'examen comparatif des points symétriques dans l'autre œil.

L'examen à l'image renversée au miroir concave vient préciser l'aspect des lésions.

Le diagnostic est à faire entre les plaques d'atrophies, les exsudats et les îlots pigmentaires hémorragiques plus ou moins résorbés. Nous avons vu l'aspect des plaques d'atrophie choroïdienne. Une exsudation, d'après Jœger et Wecker, est entourée d'un bord pigmentaire précis, elle se délimite nettement et le plus souvent proémine dans l'œil; sa couleur est blanc jaunâtre et peut même devenir bleu verdâtre. L'atrophie au contraire affecte une couleur franchement blanche. L'atrophie, n'ayant jamais de limites très précises, les bords de la plaque sont plus ou moins déchiquetés et marqués par du pigment irrégulièrement réparti.

Une ancienne hémorragie choroïdienne résorbée avec atrophie plus ou moins complète de la choroïde est d'un diagnostic très difficile. Le diagnostic est surtout tranché, s'il existe dans quelqu'autre endroit de la choroïde une hémorragie récente. L'étude des commémoratifs peut également aider au diagnostic, car c'est au cours des accouchements laborieux ou prolongés que l'on voit surtout les opoplexies rétiniennes, compliquant les hématomes orbito-craniens. Les rapports intimes qui existent entre les sinus veineux intra-craniens et les veines intra-oculaires expliquent la fréquence de ces hémorragies rétiniennes qui se localisent de préférence au pourtour de la papille ou *tout à fait en avant du fond de l'œil, près de l'ora serrata.*

Chez les malades atteints de kératite interstitielle la constatation de la chorio-rétinite périphérique est rendue particulièrement difficile par l'opacité de la cornée.

Avec Igersheimer on peut distinguer 4 cas :

I). On a pu examiner le fond de l'œil avant que le malade ne soit atteint de kératite interstitielle.

II). On voit le malade au début de sa kératite et après dilatation complète de la pupille on arrive à voir la périphérie de la rétine.

III). Un seul œil est atteint de kératite interstitielle et on examine l'œil sain en apparence.

IV). On examine le malade après guérison ou amélioration de sa kératite interstitielle.

FRÉQUENCE
DE LA CHORIO-RÉTINITE

Nous avons pu rassembler 30 observations de kératite interstitielle dont le diagnostic a été vérifié, pour la plupart, à la lampe à fente.

Sur ces 30 cas de kératite interstitielle nous avons constaté que 14 malades présentaient de la chorio-rétinite. De plus, 2 avaient les yeux inéclairables, et même après traitement nous n'avons pas pu voir leurs rétines, leur kératite ayant résisté à la thérapeutique, du moins, jusqu'à la date de notre dernier examen. Il est donc possible qu'eux aussi, atteints de kératites graves, présentent des lésions chorio-rétiniennes.

Seize kératites étaient accompagnées de malformations dentaires. Celles-ci portaient en général sur les incisives et les canines qui étaient petites, pointues, espacées. Cinq fois seulement nous avons constaté des dents d'Hutchinson typiques, c'est-à-dire présentant une déformation en cupule de leur bord libre.

Sur nos 30 malades huit fois seulement nous avons trouvé de la surdité. Encore, sur ces 8, 2 étaient simplement un peu durs d'oreille et un troisième, sourd de l'oreille gauche seulement, avait présenté de l'otite chronique de ce côté dans son enfance.

Dix malades avaient eu des troubles articulaires dans leur enfance ou des lésions osseuses. Huit avaient ressenti des douleurs du genou, avec gonflement passager, limitant les mouvements de l'articulation et forçant les malades à rester étendus quelques semaines. Les deux autres se plaignaient d'avoir ressenti des douleurs à plusieurs reprises dans les genoux et les coudes sans toutefois avoir été réduits à l'immobilité.

Sur nos 30 malades atteints de kératite interstitielle nous n'avons trouvé que cinq fois la réalisation complète de la triade d'Hutchinson, c'est-à-dire réunion de la kératite interstitielle, surdité et malformations dentaires.

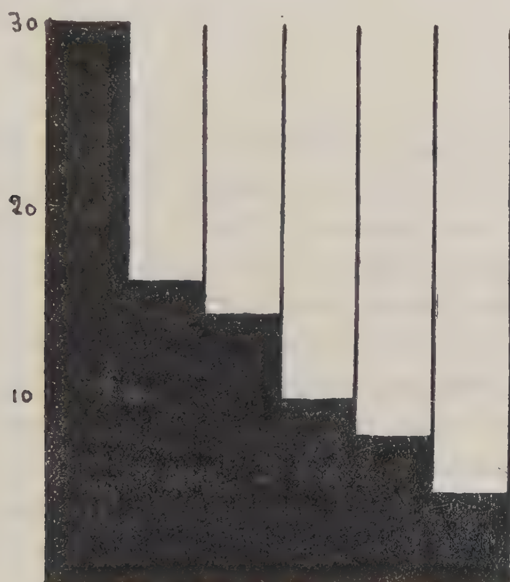
Parmi ces 5 malades atteints de triade, 3 présentaient de la chorio-rétinite périphérique et un quatrième avait des cornées trop infiltrées pour qu'on puisse distinguer ses rétines.

On voit donc, d'après cette statistique, que la chorio-rétinite peut être considérée comme aussi fréquente que les malformations dentaires chez les malades atteints de kératite interstitielle.

Or, les malformations dentaires semblent au moins moitié plus fréquentes que la surdité. La chorio-rétinite serait donc un des symptômes qui

accompagnent le plus fréquemment la kératite interstitielle.

Le tableau ci-joint montre mieux qu'un long exposé la fréquence comparative de ces différents symptômes chez nos 30 malades atteints de kératite interstitielle.



SITUATION DES TACHES

Nous avons vu précédemment que lorsque la kératite interstitielle se compliquait de chorio-rétinite. c'était presque toujours la forme de chorio-rétinite périphérique qui était en cause. L'étude de nos observations vient en effet confirmer cette notion.

En effet, sur nos 14 cas de chorio-rétinite, 11 étaient des chorio-rétinites périphériques; un malade présentait des lésions périphériques et maculaires à la fois; un autre avait uniquement des lésions de la région maculaire. Quant au 14ᵉ il présentait des taches de chorio-rétinite disséminées dans tout le champ rétinien.

Dans les formes de chorio-rétinite périphérique, nous avons trouvé dans la grande majorité des cas (9 sur 11) les lésions limitées à la partie inférieure de la rétine.

De plus, la chorio-rétinite étant souvent réduite à trois ou quatre éléments, c'était uniquement dans la moitié inférieure interne ou externe de la rétine qu'il était possible de les apercevoir.

Dans deux cas seulement (où la choroïdite était uniquement antérieure) il existait des lésions de la portion supérieure de la rétine.

On voit donc que dans la majorité des cas, la kératite interstitielle se complique d'une chorio-rétinite périphérique partielle et située dans la portion inférieure de la rétine : c'est donc là que l'on devra systématiquement la rechercher.

CARACTÈRE DES LÉSIONS

Les lésions ont un aspect différent selon leur âge. c'est-à-dire selon le moment de leur constatation. On peut donc voir ou des lésions de début consistant en taches jaunâtres ou des lésions anciennes atrophiques blanches ou pigmentaires.

Nous avons déjà vu que la chorio-rétinite évoluait par poussées successives, chaque poussée apportant des éléments nouveaux. Il ne faut donc pas s'étonner de rencontrer chez un même malade des taches jaunes et des taches atrophiques et pigmentées côte à côte. C'est, en effet, ce que l'on trouve chez la plupart de nos malades. Ceux-ci, vus à l'occasion d'une kératite interstitielle, ont eu souvent des poussées de choroïdite passées inaperçues, vu le peu de gêne que donne la chorio-rétinite périphérique.

Dans la chorio-rétinite antérieure, les lésions sont en général côte à côte, en chapelet, rarement uniquement atrophiques, pigmentaires ou jaune chamois. L'aspect est mélangé : les taches atrophiques sont bordées de pigments noirs, parfois à leur centre se

trouvent de gros amas pigmentaires noirs charbonneux. Çà et là quelques petites lésions jaunes, de dates plus récentes.

La dimension des lésions est fort variable. En général, elle varie de un quart de diamètre papillaire à un diamètre papillaire, cette dernière dimension semble un maximum rarement atteint, les lésions étant petites dans l'ensemble.

L'aspect de la papille est en général normal. Les vaisseaux, également, semblent peu modifiés dans cette forme de chorio-rétinite.

Toutefois, dans les cas où nous avons pu voir la papille au moment d'une poussée évolutive de chorio-rétinite, coïncidant avec une poussée de kératite interstitielle, permettant toutefois d'apercevoir le fond d'œil, la papille nous a paru hyperémiée.

EVOLUTION

Pour pouvoir juger de l'évolution de la chorio-rétinite il faut avant tout tenir compte du moment de la constatation première des lésions.

Nous avons vu qu'il y avait 4 cas à envisager :

a) On a pu examiner le malade avant toute kératite ;

b) Au début de la kératite interstitielle on peut voir le fond d'œil;

c) On peut examiner l'autre œil sain en apparence;

d) Après guérison ou amélioration de la kératite interstitielle on peut voir la rétine.

Malheureusement, dans aucune de nos observations, nous n'avons pu voir les malades avant leur kératite interstitielle.

Dans le 2e cas nous avons examiné 8 malades atteints de kératite interstitielle au début avec fond d'œil visible. Cinq fois nous avons constaté de la chorio-rétinite.

Pour le 3e cas, dans les kératites interstitielles unilatérales nous avons pu examiner l'œil présumé sain :

sur 17 malades, quatre fois nous avons trouvé des lésions de chorio-rétinite dans cet œil. Deux fois seulement ces yeux ont été à leur tour atteints de kératite interstitielle.

Le 4e cas est celui qui groupe le plus de malades. Sur 20 malades, huit fois après éclaircissement des lésions cornéennes, nous avons trouvé de la chorio-rétinite. Dans plusieurs de ces cas nous avions déjà trouvé des lésions identiques dans l'œil indemne de kératite interstitielle (catégorie 3).

Il semble donc que dans une certaine mesure la chorio-rétinite et la kératite interstitielle peuvent évoluer séparément et leur existence ne pas être étroitement liées.

Toutefois, dans la majorité des cas, la chorio-rétinite est bilatérale quand la kératite interstitielle l'est également. Sur 16 kératites interstitielle bilatérales ou devenues bilatérales, nous avons trouvé sept fois de la chorio-rétinite dans les deux yeux.

Pour 12 kératites interstitielles unilatérales nous avons trouvé cinq fois la chorio-rétinite localisée à l'œil atteint de kératite interstitielle.

Deux chorio-rétinites étaient bilatérales et les kératites interstitielles restées unilatérales.

On peut admettre que dans la majorité des cas, la chorio-rétinite précède la kératite interstitielle. Son évolution se fait à l'insu du malade, avant l'apparition des accidents cornéens.

C'est sans doute la même cause qui occasionne la

chorio-rétinite et la kératite interstitielle, ce qui explique leur coïncidence fréquente. La cause était l'hérédo-syphilis dans tous les cas que nous avons examinés.

La kératite interstitielle est-elle une complication de la chorio-rétinite ou celle-ci vient-elle compliquer les lésions cornéennes? M. Igersheimer ne le pense pas; d'après ses observations il y aurait cause commune mais évolution indépendante.

En tout cas, la constatation de la chorio-rétinite doit toujours faire présumer la possibilité de l'apparition d'une kératite interstitielle d'un iritis d'une cataracte ou quelquefois d'un décollement de la rétine peut-être de certains glaucomes. Aussi a-t-elle une grande importance surtout au point de vue de l'avenir de l'œil.

TRAITEMENT

L'action du traitement spécifique sur la kératite interstitielle est souvent remarquable. Mais l'in-l'influence du traitement antisyphilitique sur la chorio-rétinite périphérique est assez difficile à apprécier, car en général le traitement est employé à l'occasion d'une kératite interstitielle, d'un iritis ou d'une irido-cyclite. Les lésions de chorio-rétinite anciennes sont parvenues au stade atrophique ou pigmentaire et ont un aspect définitif : le traitement ne peut avoir que peu d'action sur elles. Quant aux lésions récentes, provenant de nouvelles poussées, l'état de la cornée nous empêche souvent de voir leur évolution, beaucoup peuvent naître et disparaître à notre insu.

Toutefois, le traitement spécifique ne peut avoir qu'une influence très favorable sur une lésion dont l'origine est hérédo-syphilitique selon toute vraisemblance.

Le traitement peut agir en empêchant de nouvelles poussées de choro-rétinite et surtout en prévenant les lésions qui les accompagnent souvent.

Le cyanure de mercure intra-veineux est le médicament de choix comme dans toute lésion spécifique de l'œil. Le bismuth, sous ses différentes formes, semble donner des résultats appréciables dans les cas où les injections intra-veineuses ne sont pas possibles.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

M... H..., jeune homme 21 ans, mécanicien, est venu consulter aux Quinze-Vingts pour la première fois le 18 octobre 1928. On fit à ce moment le diagnostic de K. I. de l'œil gauche. L'œil droit, dont la cornée était intacte, présentait de la chorio-rétinite périphérique consistant en taches blanchâtres sans pigmentation; près de la papille était une petite tache mi-blanche, mi-noire.

V. : O. D. = 10/10.
V. : O. G. = P. L.

On le mit au traitement (Hgcy et Muthanol).

Revu 3 ans après. Il ne présente à la cornée gauche aucune opacité visible à l'éclairage oblique.

Pupille normale; réflexes normaux.

Les milieux parfaitement transparents nous permettent de voir une chorio-rétinite périphérique caractérisée par des taches blanches, jaune chamois et des amas pigmentaires.

L'œil droit n'a jamais présenté de K. I. On y retrouve des lésions de chorio-rétinite conformes à la description qui en avait été faite en 1928.

T. : O. D. = 22. V. : O. D. = 9/10.
T. : O. G. = 22. V. : O. G. = 1/50.

O. G. est en strabisme divergent. Il est probable que sa mauvaise vision est due à une ambliopie congénitale.

L'excursion des globes est normale.

Champ visuel normal.

Antécédents. — Père, mère vivants, bien portants.

Dix frères et sœurs bien portants.

Trépané à l'âge de 4 ans après une chute sur des rochers.

Légère surdité de l'oreille gauche.

Pas d'arthropathie.

Très mauvaise implantation dentaire. Hutchinson typique à 2 incisives inférieures. Une incisive supérieure naine.

Les canines et les incisives sont mal différenciées.

L'examen à la lampe à fente nous montre une cornée droite intacte. Dans la cornée gauche on voit les restes de vaisseaux interstitiels profonds fins et très nets.

OBSERVATION II

M^lle B..., jeune fille de 16 ans.

Vient consulter pour sa myopie (— 9 D). L'examen du fond de l'œil nous révèle de la chorio-rétinite périphérique bilatérale, poivre et sel, intéressant toute la périphérie des rétines.

Les régions papillaires et maculaires sont intactes.

V. : O. D. = 6/10.
V. : O. G. = 6/10. Avec un verre — 9 D.

Les cornées examinées à la lampe à fente sont absolument normales.

Les antécédents sont particulièrement intéressants, car ils nous révèlent qu'elle a une sœur atteinte de kéra-

tite interstitielle dont le diagnostic a été fait au Quinze-Vingt.

Par ailleurs, sa mère est vivante et bien portante.

Son père mort à 46 ans d'une broncho-pneumonie.

Un frère bien portant.

Pas de surdité.

Pas d'arthropathie.

Dents légèrement irrégulières.

Cette malade serait à suivre pour voir si dans la suite elle fera de la kératite interstitielle. Elle rentrerait alors dans le cas I où l'on a pu observer le fond de l'œil avant l'apparition de la kératite interstitielle.

OBSERVATION III

G... Germaine, 29 ans.

Est venue consulter aux Quinze-Vingts en juillet 1929, et présentait à ce moment une K. I. de l'œil droit. Le fond d'œil était invisible.

L'œil gauche intact ne présentait pas de chorio-rétinite.

V. : O. D. = P. L.
V. : O. G. = 10/10.

Traitement : Hgcy, intra-veineux.

Revue en mai 1931. L'œil droit est à peu près guéri. A l'éclairage oblique la cornée apparaît très transparente.

Pupille normale. Bons réflexes.

V. : O. D. = 9/10.
V. : O. G. = 10/10.

Les milieux transparents laissent voir le fond de l'œil. On constate de la chorio-rétinite très périphérique dans la portion inféro-externe de la rétine.

L'œil gauche est resté sain. Il ne présente ni n'a présenté aucune K. I., aucune chorio-rétinite.

Antécédents. — Père, mère vivants, bien portants.

Trois sœurs. Une a présenté de la kératite interstitielle; une autre est tuberculeuse.

Elle a eu des bronchites fréquentes.

Périostite du tibia droit à l'âge de 10 ans.

Pas de surdité.

Peu de malformations dentaires.

OBSERVATION IV

B... Louis, 36 ans.

Vu en octobre 1931. Il présente des lésions anciennes de K. I. aux deux yeux.

L'œil droit a un vitre trouble, avec quelques corps flottants. On ne peut pas distinguer la rétine dans ses détails.

L'œil gauche a une cornée moins infiltrée, un vitre transparent. On note de la chorio-rétinite périphérique dans la partie inféro-interne de la rétine.

V. : O. D. = 2/10.

V. : O. G. = 6/10.

Antécédents. — Père, mère morts ?

Une sœur a eu de la névrite optique améliorée par le cyanure de mercure.

Un grand-oncle a été aveugle ?

Surdité survenue vers 10 ans.

Pas d'arthropathie.

Peu de malformations dentaires.

Sa kératite date de l'enfance.

OBSERVATION V

E... F..., 24 ans.

Vue aux Quinze-Vingts pour la première fois en 1926. Elle présentait alors une K. I. des deux yeux. Elle aurait eu auparavant une poussée d'iritis bilatéral, et une surdité serait apparue en même temps.

En 1927 l'œil gauche était devenu éclairable par amélioration de la kératite sous l'influence du traitement. Sa surdité se serait également améliorée.

On peut distinguer des lésions de chorio-rétinite à gauche. L'œil droit reste inéclairable.

On continue le traitement par Cy. Hg. et arquéritol alterné.

Revue dans la suite, l'œil droit était devenu éclairable et présentait comme le gauche des lésions de chorio-rétinite périphérique dans toute la moitié inférieure de la rétine.

Antécédents personnels. — A part ses yeux, n'a jamais été bien malade.

Pas d'arthopathie.

Pas de malformations dentaires. Surdité.

Ne peut donner aucun renseignement sur sa famille.

OBSERVATION VI

V... Léa, 15 ans.

Vient consulter en juin 1931 pour son œil gauche atteint de kératite interstitielle.

La kératite de l'œil gauche est à son début et on peut voir le fond de l'œil; il présente des lésions de chorio-rétinite dans toute l'étendue de la rétine, mais surtout à la périphérie; ce sont des placards blancs et noirs et blancs-noirs.

L'œil droit, dont la cornée est intacte, montre des lésions de chorio-rétinite identiques à celles de l'œil gauche.

V. : O. D. = 10/10.
V. : O. G. = <3/10.

Traitement : Hg. cy.

Revue 6 mois après. La kératite gauche est améliorée.

La cornée droite est toujours saine. Les lésions du fond de l'œil ne se sont pas modifiées.

V. : O. D. = 10/10.

V. : O. G. = 2/10.

Là encore il serait intéressant de suivre l'évolution des yeux de cette malade qui présente une chorio-rétinite importante et bilatérale, et dont la kératite interstitielle est restée jusqu'à présent unilatérale.

Pas d'arthropathie.

Pas de surdité.

Pas de lésions dentaires.

CONCLUSIONS

La kératite interstitielle d'origine syphilitique se complique très souvent de chorio-rétinite : dans la moitié des cas, au moins, d'après nos observations.

Cette chorio-rétinite est presque toujours du type périphérique, antérieure. En général partielle, limitée à la partie inférieure de la rétine.

Dans la majorité des cas, la chorio-rétinite est bi-latérale quand la kératite interstitielle l'est elle-même. Elle est unilatérale quand la kératite interstitielle reste unilatérale. Cette deuxième proposition est moins souvent vérifiée que la première.

Par rapport aux autres symptômes qui accompagnent la kératite interstitielle, la chorio-rétinite est un des plus fréquents. On la rencontre aussi souvent que les malformations dentaires, qui sont elles-mêmes nettement plus fréquentes que les arthropathies, les lésions osseuses ou la surdité.

La constatation de la chorio-rétinite périphérique est importante, elle peut faire prévoir la possibilité de certaines lésions oculaires comme la kératite

interstitielle, l'iritis. l'irido-cyclite, certains décollements de la rétine, peut-être certains glaucomes.

Sa présence peut aider à préciser des diagnostics étiologiques. Elle n'est pas une preuve absolue de spécificité, mais elle est une présomption et peut ainsi s'ajouter à d'autres signes pour constituer une certitude clinique.

Vu : *Le Doyen*,
BALTHAZARD.

Vu : *Le Président de Thèse*,
TERRIEN.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

ALYANAKIAN. — *Kératites interstitielles. Causes déterminantes.*

AXENFELD. — *Traité d'Ophtalmologie.*

BAILLIART. — *La circulation rétinienne.*

BOGAS. — *Choroïdite atrophique.*

CAPON. — *Rétinite syphilitique.*

COURTAIX. — *Relations pathologiques entre l'œil et les dents.*

COURSSERANT. — *Choroïdite antérieure.*

DABADIE. — *Kératites parenchymateuses.*

DESMAZES. — *Kératites interstitielles.*

DESVAUX. — *Kératites parenchymateuses diffuses.*

— *Rôle des maladies générales dans l'étiologie.*

HAAB et TERSON. — *Atlas-Manuel d'Ophtalmologie.*

HOCQUARD. — *Rétinite pigmentaire.*

IGERSHEIMER. — *Syphilis und Auge.*

JAOUL. — *Kératite parenchymateuse.*

KELLER. — *Kératite interstitielle et Frido-choroïdite congénitale.*

LAGRANGE. — *Précis d'Ophtalmologie.*

LAVERGNE. — *Kératite interstitielle.*

LEBOUT. — *Aspect clinique de l'Hérédo-Syphilis.*

MERVILLE. — *Valeur diagnostique des dystrophies dentaires dans l'Hérédo-Syphilis.*

MORAX. — *Précis d'Ophtalmologie.*
MOZER. — *Dystrophies dentaires dans l'Hérédo-Syphilis.* Etude clinique.
NICATI. — *Physiologie oculaire.*
NITOT. — *Syphilis de l'œil.*
OSTWALT. — *Rétinite syphilitique et rapport avec les artères rétiniennes et artérite syphilitique de l'encéphale.*
POULARD. — *Traité d'Ophtalmologie.*
ROSSIGNEUX. — *Affections de l'œil dépendant de la Syphilis.*
ROUZIER. — *Hérédo tardive. Epanchement articulaire.*
SANGUINET. — *Hérédo syphilis de l'œil.*
SOCHEL. — *Choroïdite circonscrite* (mémoire).
TERRIEN. — *Précis d'Ophtalmologie.*
— *La calotte cornéo-sclinale.*
VENNEMANN. — *Encyclopédie d'Ophtalmologie* (Lagrange et Valude, tome VI).